



Dépistage et prise en charge de la maladie rénale chronique en soins primaires : expériences et difficultés des médecins généralistes

Zoubir Boudi

► To cite this version:

Zoubir Boudi. Dépistage et prise en charge de la maladie rénale chronique en soins primaires : expériences et difficultés des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01160313

HAL Id: dumas-01160313

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01160313>

Submitted on 5 Jun 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives| 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

THÈSE
Pour l'obtention du
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Dépistage et prise en charge de la maladie rénale
chronique en soins primaires :
**Expériences et difficultés des médecins
généralistes.**

Présentée et soutenue publiquement le : 21 MAI 2014

Par Zoubir BOUDI

Interne des hôpitaux de Nice

Membres du jury

Président du jury : M. le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON

Assesseurs : M. le Professeur Jean-Gabriel FUZIBET

Mme le Docteur Pia TOUBOUL

Directeur de thèse : M. le Professeur Vincent ESNAULT

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des Professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

M. BAQUÉ Patrick

Assesseurs

M. BOILEAU Pascal

M. HÉBUTERNE Xavier

M. LEVRAUT Jacques

Conservateur de la bibliothèque

M. SCALABRE Grégory

Chef des services administratifs

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel

M. BLAIVE Bruno

M. BOQUET Patrice

M. BOURGEON André

M. BOUTTÉ Patrick

M. BRUNETON Jean-Noël

Mme BUSSIERE Françoise

M. CHATEL Marcel

M. COUSSEMENT Alain

M. DAR COURT Guy

M. DELMONT Jean

M. DEMARD François

M. DOLISI Claude

M. FREYCHET Pierre

M. GÉRARD Jean-Pierre

M. GILLET Jean-Yves

M. GRELLIER Patrick

M. HAR TER Michel

M. INGLES AKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel

M. LAMBERT Jean-Claude

M. LAPALUS Philippe

M. LAZDUNSKI Michel

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. LE BAS Pierre

M. LE FICHOUX Yves

M. LOUBIERE Robert

M. MARIANI Roger

M. MASSEYEFF René

M. MATTEI Mathieu

M. MOUIEL Jean

Mme MYQUEL Martine

M. OLLIER Amédée

M. ORTONNE Jean-Paul

M. SCHNEIDER Maurice

M. TOUBOL Jacques

M. TRAN Dinh Khiem

M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques

M. BASTERIS Bernard

Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie

M. EMILIOZZI Roméo

M. GASTAUD Marcel

M. GIRARD-PIPAU Fernand

M. GIUDICELLI Jean

M. MAGNÉ Jacques

Mme MEMRAN Nadine

M. MENGUAL Raymond

M. POIRÉE Jean-Claude

Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick (54.05)	Biologie du Développement et de la Reproduction
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)

M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth (50.04)	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
2	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)

M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)

Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre (54.04)	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian (46.01)	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis (54.04)	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)

M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

5	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
---	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle (54.05)	Biologie du Développement et de la Reproduction
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie–Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)

Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. TESTA Jean (46.01)	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M. MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M. PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale
1. PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

A Mr le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON

Pour m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail, pour votre disponibilité, vos conseils.

Veillez trouver dans ce travail toute ma reconnaissance et l'expression de mon profond respect.

A Mr le Professeur Vincent ESNAULT :

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse.

Je vous remercie de votre confiance et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Je vous adresse mes remerciements les plus sincères.

A Mr le Professeur Jean-Gabriel FUZIBET

Pour avoir accepté sans réserve de juger ce travail.

Pour votre encadrement et le partage de vos connaissances durant mes années d'études et plus particulièrement lors de mon semestre d'interne dans votre service.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mes sincères remerciements.

A Mme le Dr Pia TOUBOUL :

Pour m'avoir fait l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie pour votre disponibilité, le partage de vos connaissances, votre esprit critique et vos encouragements.

Je vous adresse mes remerciements les plus sincères

À tous les médecins qui m'ont permis la réalisation de ce travail en m'accordant de leur temps pour participer à mon étude. Merci pour le partage de vos expériences et de vos pensées, votre disponibilité, votre sympathie et vos encouragements.

À tous ceux qui m'ont aidé à mener à bien ce travail.

À la cellule de thèse du département de médecine générale à Nice : Dr David DARMON, Dr Tiphany BOUCHEZ, Dr Céline CASTA.

À Virginie :

Pour m'avoir aidé et soutenu tout au long de ce travail. Ton aide m'a été si précieuse.

Je ne trouverais pas assez de mots pour te remercier.

À Mme le Dr Marina TAUREL,

Marina, tu m'as accompagné avec bienveillance lors de mon semestre d'interne dans ton service, nous avons partagé des moments difficiles et des fous rires, tu es devenue une amie qui m'est chère.

Tu es un modèle pour la relation que tu entretiens avec les patients et les familles.

Permet moi de t'exprimer mon estime et mes sincères remerciements.

À tous les médecins qui m'ont appris ce beau métier, et m'ont transmis leur passion.

À toute l'équipe du service de Cardiologie à l'hôpital de Grasse.

À tout l'équipe du service de l'UMIPUOG, pour tous ces bons moments. Ce fut un réel plaisir de travailler avec vous.

À toute l'équipe de pédiatrie de Lenval (médecine 5ème). Ce fut aussi un réel plaisir de travailler avec chacun de vous.

À toute l'équipe de Réanimation du centre hospitalier Princesse Grace à Monaco, pour tous ces moments inoubliables. Merci ; Jean Philipe, Alexandre, Sultan, Jean, Laure, Mohamed, toute l'équipe. Mon regret est de n'avoir pu travailler avec vous plus longtemps.

Au Pr CLAESSENS, chef de service des urgences au centre hospitalier Princesse Grace Monaco
Vous m'avez accordé votre confiance en me permettant de travailler avec vous dans votre service. Merci pour votre disponibilité et votre humanité.

C'est parti pour les remerciements personnels (à lire pour les courageux) :

À mon père

Comment pourrais je te remercier en quelques mots ?

Tu as toujours été bienveillant et compréhensif envers nous

Malgré les difficultés rencontrées, tu as su garder la tête haute et n'a jamais baissé les bras.

Si tu savais comme je suis fière de toi papa. Tu es un model pour moi

Toujours à mes cotés tu as facilité mon évolution dans la vie

Je suis honoré d'être ton fils, je ne cesserai de tout faire pour te rendre heureux et fier de moi

À ma mère

Dans les moments d'incertitudes, ton regard apaisant me réchauffait le cœur et m'insufflait du courage. Si je me suis réalisé maman, c'est avant tout grâce à toi

Merci pour ton soutien, ta présence durant toutes ces années qui ont été plus ou moins faciles.

Un immense merci pour ton amour inlassable.

À mes frères et sœurs : Hichem, Chaima, Abdou.

Pour votre soutien et tout le bonheur que vous me'apportez. Je suis fier de vous.

À ma femme

Je t'ai trouvée comme une évidence et tout est devenu possible.

Ton amour, ta présence et ton exigence m'encouragent chaque jour. Ta patience aura été mise à rude épreuve tout au long de ces années.

Tu nous as offert deux beaux petits garçons.

L'existence même de ce travail est inextricablement liée à ta présence à mes cotés.

Tu m'es essentielle, je t'aime ma chère épouse.

À toute ma famille, mes grands parents, ma belle famille.

À ma grande famille, à mes amis :

Yac, Will, Marvin, Soum, Wass, Hicheu, Berch, Radmou, Nuque, Hous, Escobar, Amîr, Widyen, Vincent, Olivier, Jean Charles.

Abréviations

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

BU : bandelette urinaire

Créat : Créatinémie

DFG : débit de filtration glomérulaire

DNID : diabète non insulino-dépendant

EPIREL : EPidémiologie de l'Insuffisance Rénale chronique terminale en Lorraine

EPO : érythropoïétine

FMC : formation médicale continue

GB : globules blancs

HAS : haute autorité de santé

Hb : hémoglobine

HbA1C : hémoglobine glyquée

HTA : hypertension artérielle




IEC : inhibiteurs de l'enzyme de conversion

MDRD : Modification of diet in renal disease


MRC : maladie rénale chronique

MRCT : maladie rénale chronique terminale

REIN : Réseau épidémiologie et information en Néphrologie



Serment d'Hippocrate



En présence des **M**aîtres de cette **E**cole,
de mes chers condisciples, devant l'effi-
gie d'**H**ippocrate, je promets et je jure,
au nom de l'**E**tre **S**uprême, d'être fide-
le aux lois de l'honneur et de la probi-
té dans l'exercice de la **M**édecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon
travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes
yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue
laira les secrets qui lui seront confiés et mon
état ne servira pas à corrompre les mœurs ni
à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers
mes **M**aîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruc-
tion que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et mépri-
sé de mes confrères si j'y manque !

Sommaire

<i>Remerciements</i>	11
<i>Abréviations</i>	14
<i>Serment d'Hippocrate</i>	15
<i>Table des matières</i>	16

1. Introduction.....19

1.1. Justificatif de ce travail

1.2. La MRC en médecine générale :

1.2.1. Définition de la MRC

1.2.2. Intérêt du dépistage et de la prise en charge précoce de la MRC

1.2.3. Conséquences d'une prise en charge tardive de la MRC

1.2.4. La prise en charge de la MRC par le médecin généraliste

➤ Traiter la MRC

➤ Suivre la MRC

2. Méthode et matériels28

2.1 L'objectif

2.2 L'étude

2.3 Recueil des données

2.3.1 Entretien semi directif par guide d'entretien

2.3.2 Lieu et durée de l'étude

2.3.3 Les entretiens

2.3.4 Population interrogée

2.3.5 L'investigateur, interviewer

2.4 Analyse des données

3. Résultats.....	31
3.1. Caractéristique des médecins interrogés	
3.2. Représentations de la MRC chez les médecins généralistes	
3.2.1. Maladie grave, méconnue, silencieuse	
3.2.2. Association fréquente MRC-diabète	
3.3. Prise en charge et difficultés rencontrés chez les médecins généralistes: analyse descriptive de la pratique des médecins généralistes	
3.3.1. Prise en charge de la MRC par les médecins généralistes en pratique	
3.3.1.1. Surveillance biologique	
3.3.1.2. Demande d'un avis spécialisée rapidement	
3.3.1.3. Traitements proposés par les médecins généralistes en pratique	
3.3.1.4. Prise en charge de la MRC dans le cadre des pathologies à l'origine de la MRC	
3.3.2. Difficultés dans la prise en charge rencontrées par les MG	
3.4. Relation médecin généraliste - néphrologue	
3.4.1. Début et critères de collaboration	
3.4.2. Les attentes des MG envers les néphrologues	
3.4.2.1. Orientation étiologique	
3.4.2.2. Un retour d'information, un projet thérapeutique	
3.4.2.3. Demande de prise en charge des complications de la MRC	
3.4.2.4. Adaptation des traitements habituels du patient, éviter les traitements néphrotoxiques	
3.4.2.5. Aide à la création d'une alliance thérapeutique	
3.4.2.6. Préparation au traitement de suppléance par dialyse	
3.4.3. Absence d'intérêts d'une prise en charge par le néphrologue	

3.5. Solutions proposées pour un parcours de soins optimal pour les patients ayant une maladie rénale chronique

- 3.5.1. Prise en charge via une collaboration étroite entre les médecins généralistes et les néphrologues
- 3.5.2. Renforcer la sensibilisation des médecins généralistes devant toute altération de la fonction rénale
- 3.5.3. Cibler les patients et impliquer dans le parcours de soins de la MRC
- 3.5.4. Assurer une meilleur prise en charge du patient âgé poly pathologique
- 3.5.5. Repenser l'enseignement de la néphrologie pendant les études médicales

4. Discussion.....41

4.1 Discussion sur la méthode

- 4.1.1 La méthode
- 4.1.2 Les limites de l'étude

4.2 Analyse et discussion des résultats

- 4.2.1 Représentation de la MRC chez les médecins généralistes
- 4.2.2 Prise en charge et difficultés rencontrées chez les médecins généralistes
- 4.2.3 Relation médecin généraliste néphrologue

4.3 Discussion des pistes d'un parcours idéal et perspectives

5. Conclusion....53

6. Résumé..... 54

7. Bibliographie.....55

8. Annexes.....59

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

ANNEXE 2 : Parcours de soins chez le patient en MRC : recommandation HAS 2012

ANNEXE 3 : VERBATIM

1. Introduction

1.1 Justificatif de ce travail

La maladie rénale chronique (MRC) est un problème de santé publique majeur, en France, comme dans la plupart des pays industrialisés.

Les études épidémiologiques disponibles en population générale évaluent à 10 % la prévalence des adultes présentant un ratio albumine / créatinine urinaire $> 3 \text{ mg/mmol}$ ou un débit de filtration glomérulaire $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. Le nombre de personnes ayant une maladie rénale chronique en France peut donc être estimé à près de 3 millions.

Chaque année en France, environ 9 500 personnes débutent un traitement de suppléance. Au 31 décembre 2009, près de 70 000 personnes étaient traitées, 54 % par dialyse et 46 % par greffe rénale¹. Ce nombre augmente de 4 % par an. L'hypertension et le diabète sont responsables à eux seuls de près d'un cas sur deux.

Le coût humain de la MRCT (terminale) est particulièrement élevé en termes de morbi-mortalité, d'impact sur la qualité de vie du patient et de conséquences pour l'entourage.

Les causes de la MRC

Dans plus de 50% des cas, la cause de l'insuffisance rénale est une néphropathie diabétique ou hypertensive

Les constats :

- Une insuffisance du diagnostic : L'insuffisance rénale chronique débutante est mal détectée par les médecins, Pourtant le dosage de créatininémie est souvent effectué chez les malades à risque , *ainsi plus de 80% des patients diabétiques bénéficient d'un dosage sanguin de créatinine*²

¹ Registre REIN 2009, gérée par l'agence de biomédecine

² Indicateurs Entred, Erasm. Sécurité sociale. <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indic2-5-pqemaladie.pdf>

- ***Une insuffisance de prise en charge*** : Les patients sont adressés tardivement au néphrologue ; 30 % des malades consultent un néphrologue moins de 6 mois avant leur première dialyse et 30 % des patients effectuent leur première dialyse en urgence

Les médecins généralistes, choisis par 99,5 % des patients comme médecins traitants, sont en première ligne pour le dépistage et la prise en charge des patients ayant une maladie rénale chronique, il ont de ce fait un rôle déterminant dans le parcours de soins pour la maladie rénale chronique.

Du point de vue de l'Assurance maladie, le coût de la prise en charge de la MRCT par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a été estimé en 2007 à plus de 4 milliards d'euros, soit 2% du total des dépenses de l'assurance maladie³.

Aux horizons 2025 et 2050, le coût de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique devrait s'établir entre 5 et 6 milliards d'euros⁴. Cette estimation ne prend en compte ni l'augmentation des coûts des actes médicaux, ni celle pourtant inéluctable de la prévalence de l'insuffisance rénale chronique.

Personnellement, ma sensibilisation à la maladie rénale chronique commença lors de mon passage en tant d'étudiant en médecine dans le service de néphrologie, puis pendant mes gardes aux urgences. Je voyais très régulièrement des personnes âgées adressées pour diverses raisons (altération de l'état général, déshydratation, confusion ...), les bilans montraient régulièrement des insuffisances rénales aiguës sur terrain d'insuffisance rénale chronique. J'ai été particulièrement marqué par quelques cas d'insuffisance rénale aiguë nécessitant une dialyse en urgence chez des personnes âgées ayant des MRC ignorées. Les conséquences de la mise en route de dialyse en urgence sur cathéters étaient souvent dramatiques.

Je me suis toujours demandé pourquoi ces histoires étaient si fréquentes. Et comment éviter que ces histoires se reproduisent ou du moins soient moins fréquentes ?

³ HAS, Evaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale en France, Septembre 2010. www.has-sante.fr

⁴ Reinsechos.fr, la ligue rein et santé

1.2 La MRC en médecine générale

1.2.1 Définition de la MRC

La maladie rénale chronique (MRC) est définie indépendamment de sa cause, par la présence, pendant plus de 3 mois, de marqueurs d'atteinte rénale ou d'une baisse du débit de filtration glomérulaire estimé (DFG estimé) au-dessous de 60 ml/min/1,73 m².⁵

En 2009, la Société de Néphrologie a recommandé d'abandonner la formule de Cockcroft-Gault et d'utiliser l'équation de l'étude MDRD. Elle a une performance prédictive supérieure, en particulier chez le sujet âgé ou obèse⁶. Un calculateur est disponible sur le site de la Société de Néphrologie⁷

⁵ Maladie rénale chronique chez l'adulte, parcours de soins, HAS mai 2012

⁶ Rapport d'évaluation technologique. Evaluation du DFG et de la créat dans le diagnostic de la MRC chez l'adulte. Décembre 2009

⁷ Calculateurs en lignes. Société de néphrologie. <http://www.soc-nephrologie.org/eservice/calcul/>

Classification des stades d'évolution de la maladie rénale chronique⁸

Stade	DFG (ml/min/1,73 m2)	Définition
1	> 90	Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté
2	entre 60 et 89	Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué
3	Stade 3A : entre 45 et 59	Insuffisance rénale chronique modérée
	Stade 3B : entre 30 et 44	
4	entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

* Avec **marqueurs d'atteinte rénale** : protéinurie clinique, hématurie, leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de 3 mois.

Evaluation du risque par DFGe et protéinurie (KDIGO 2009)				Stade de protéinurie, description et valeurs (mg/mg)				
				A1		A2	A3	
				Optimal et normal-haut		haut	Très haut et néphrotique	
				<0.01	0.01-0.029	0.03-0.29	0.3-1.99	≥ 2
DFGe, stades, description et valeurs	G1	Haut et optimal	> 105					
			90-104					
	G2	Moyen	75-89					
			60-74					
	G3a	Moyen à modérée	45-59					
	G3b	Modéré à sévère	30-44					
	G4	Sévère	15-29					
	G5	IRT	<15					

⁸ Définition MRC, HAS mai 2012

1.2.2 Intérêt du dépistage et de la prise en charge précoce de la MRC

1.2.2.1 Ralentir la progression de la MRC

La possibilité de ralentir l'évolution de la MRC est une notion récente qui renforce l'intérêt du dépistage et de la prise en charge précoce de la maladie. Diagnostiquer la MRC le plus tôt possible permet de traiter la pathologie causale et de mettre en œuvre les mesures de néphroprotection.

1.2.2.2 Retarder les désordres liés à la MRC ou les traiter précocement

Prévenir et traiter précocement les conséquences de la toxicité urémique, et préserver l'état cardiovasculaire et nutritionnel des patients insuffisants rénaux améliore le pronostic et l'évolution de la maladie. La revue systématique du *Health Technology Assessment (HTA)* britannique⁹ a analysé les résultats rapportés dans 17 études (16 600 patients) sur ce sujet (Europe, USA, Asie, Australie et Brésil) dont 6 dépassant les 1 000 participants. Le caractère « tardif » de l'avis néphrologique était défini par la date (6 mois ou moins avant le début de la dialyse) ou un taux de filtration glomérulaire < 20. La mortalité à 1 an après le début de la dialyse allait de 2,8 à 27,5 % dans les groupes « avis précoce » vs 7,4 à 39,5 % dans les groupes « avis tardif » ; à 5 ans de 27,6 à 51,5 vs 36,1 à 83,3 %. Les autres résultats sont assez prévisibles : plus de consultations néphrologiques dans le groupe « précoce », une meilleure préparation à la dialyse, moins de journées d'hospitalisation, un traitement souvent mieux adapté (par exemple l'utilisation de l'EPO)

1.2.2.3 Planifier le traitement de suppléance

Une planification de la dialyse et de la transplantation offre aux patients les meilleures garanties de réussite de ces traitements sur le plan médical et humain.

1.2.2.4 Préserver la qualité de vie des insuffisants rénaux

La qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques est un élément incontournable de leur prise en charge. En ce qui concerne la MRC, la qualité de vie des patients est brutalement

⁹ Black C, Sharma P, Scotland G, McCullough K, McGurn D, Robertson L, et al. Early referral strategies for management of people with markers of renal disease: a systematic review of the evidence of clinical effectiveness, cost-effectiveness and economic analysis. *Health Technology Assessment* 2010;Vol. 14:No. 21.

altérée à l'approche du stade terminal de la maladie et en particulier lors de l'instauration du traitement de suppléance.

L'étude EPIREL¹⁰ met en évidence que le score moyen de qualité de vie perçue par les patients lors du démarrage de la suppléance est significativement amélioré lorsqu'ils bénéficient d'une prise en charge précoce (inférieure à 12 mois avant le début de la suppléance) par le néphrologue.

1.2.3 Conséquences d'une prise en charge tardive de la MRC

Une prise en charge tardive de la MRC retarde l'application des mesures de néphroprotection et est associée à une diminution du délai moyen entre MRC et MRC terminale. Lorsque le traitement de suppléance est instauré en urgence, il s'accompagne d'une augmentation de la morbi-mortalité, d'un surcoût et d'une altération brutale de la qualité de vie du patient.

Selon l'étude EPIREL¹¹, la référence tardive au néphrologue est associée à une surmortalité dans les 3 premiers mois suivant le début de la dialyse. Aussi, la mortalité précoce plus importante de 20 à 37 %, dès la fin de la première année de dialyse, indépendamment de l'âge, du niveau de fonction rénale résiduelle et des comorbidités associées¹². Lorsque le traitement de suppléance n'a pas été planifié, le choix des options thérapeutiques est restreint. La dialyse est débutée sur un abord veineux temporaire inadapté et, dans ce contexte de MRCT où l'état clinique du patient est précaire, la durée d'hospitalisation est augmentée et peut avoir lieu en unités de soins intensifs.

Sur le plan économique, l'hémodialyse en centre est le mode de prise en charge le plus onéreux; les plus gros pôles de dépenses identifiés par l'assurance maladie sont les

10 Huisman RM, The deadly risk of late referral Nephrol. Dial., Transplant. 2004 ; 19 : 2175-2180. Chan MR, Dall AT, Fletcher KE, Lu N, Trivedi H, Outcomes in patients with chronic kidney disease referred late to nephrologists: a meta-analysis. Am J Med. 2007;120 (12) : 1063.

¹¹ EPIREL : Épidémiologie de l'Insuffisance Rénale chronique terminale en Lorraine Kessler M, Frimat L, Panescu V, Briançon S, Impact of nephrology referral on early and midterm outcomes in ESRD : épidémiologie de l'insuffisance rénale chronique en Lorraine (EPIREL) : results of a 2 year, prospective, community-Based Study. Am J.Kidney Dis 2003 ; 42 : 474-85.

¹² 1 Hoffmann M, Binaut R, Maisonneuve N, Bacri JL, Lemaître V. Suivi néphrologique et mortalité en dialyse. Néphrologie 2003 ; 24 : 223 Abstracts of the 5th Meeting of the Nephrology Society and the Francophone Society of Dialysis. Nancy, France, 30 September-3 October 2003.

hospitalisations et les transports. Fin 2007, le coût de la prise en charge des patients traités pour MRCT a été évalué à 4 milliards d'euros¹³. Avec 30% de patients débutant la dialyse en urgence du seul fait d'une référence tardive au néphrologue, il est important d'intensifier le dépistage et la prise en charge précoce de la MRC et d'optimiser le rôle des réseaux de soins.

1.2.4. La prise en charge de la MRC par le médecin généraliste¹⁴

Quel que soit le stade de la MRC, les objectifs des traitements sont les suivants :

- Traiter la maladie causale,
- Ralentir la progression de la maladie rénale,
- Prévenir le risque cardio-vasculaire et les complications de la MRC.

Aux stades avancés de la maladie, en sus des objectifs précédents :

À partir du stade 3 :

- Prévenir et réduire les symptômes et complications,
- Prendre les mesures de protection du capital veineux (stade 3B et suivant le contexte)
- Assurer la meilleure qualité de vie possible avant le stade d'IRCT

À partir du stade 4 : Informer le patient et sa famille des possibilités et choix des traitements de suppléance lorsque ceux-ci sont envisagés (cela relève du néphrologue).

Traiter la MRC

○ **Informier et éduquer le patient**

- à l'adoption des mesures de néphroprotection, au suivi des conseils diététiques
- à l'adaptation de son mode de vie (arrêt du tabac, activité physique, alimentation équilibrée)
- à l'auto surveillance de son poids et de sa pression artérielle

¹³ HAS, Evaluation médico économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale en France, Septembre 2010. www.has-sante.fr

¹⁴ HAS, MRC chez l'adulte, parcours de soins, recommandations Mai 2012

○ **Traitement médicamenteux et vaccination**

- Traiter par IEC (ou ARA II si intolérance ou contre-indication) si HTA et/ou albuminurie
- Contrôler les autres facteurs de risque cardio-vasculaires (lipides, risque thrombotique, aide au sevrage tabagique)
- Contrôler les prescriptions médicamenteuses et ajuster les posologies des traitements en fonction de la clairance de la créatinine
- Vacciner contre la grippe.
- À partir du stade 3B : vérifier le statut sérologique vis-à-vis de l'hépatite B et vacciner contre l'hépatite B le cas échéant

Suivre la MRC

1. À tous les stades

Suivre le programme personnalisé de soins :

- Assurer le maintien des acquis à court et long termes
- Si besoin : avoir recours au diététicien (en particulier aux stades 4 et 5), proposer un soutien psychologique, inciter le patient à participer à un programme d'éducation thérapeutique
- Veiller à la cohérence des messages des différents intervenants

Évaluer le contrôle de la pression artérielle, de l'albuminurie, la baisse de la fonction rénale et l'évolution des facteurs de risque cardio-vasculaire (orienter vers le néphrologue dans le cas de déclin rapide du DFG ou lorsque les objectifs de traitement ne sont pas atteints).

Renforcer les modalités de suivi du patient diabétique.

2. Au stade 3B (DFG < 45 ml/min/1,73 m2)

Dépister et traiter les complications

Impliquer le néphrologue (en particulier dans le cas de complications)

Adopter les mesures de protection du capital veineux

Rechercher les facteurs aggravants potentiellement réversibles, causes de décompensation et d'hospitalisation

3. Au stade 4 (DFG < 30 ml/min/1,73 m2)

Préparer le traitement de suppléance un an avant la date anticipée :

- Annoncer l'évolution vers le stade de suppléance et les conséquences thérapeutiques.
- Amener le patient à un choix éclairé de sa décision de modalité de traitement.
- Si indication, inscrire le patient sur la liste de transplantation, préparer l'abord pour dialyse.

2. Méthode et matériels

2.1 L'objectif

L'objectif de cette étude est d'explorer les pratiques et les difficultés des médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge de la maladie rénale chronique en soins primaires.

L'objectif secondaire est de faire des propositions concrètes - en fonction des résultats de cette étude - pour induire un changement de comportements dans le dépistage et la prise en charge de la maladie rénale chronique en soins primaires.

2.2 L'étude

Étude qualitative, par entretiens individuels semi directifs, auprès de médecins généralistes, par une vignette (annexe n1) présentant un cas clinique typique de découverte d'une insuffisance rénale chronique chez un patient diabétique hypertendu, lors d'une consultation dans le cabinet.

2.3 Recueil des données

2.3.1 Entretien semi directif par guide d'entretien

L'entretien semi directif est une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement ; il n'enferme pas le discours de l'interviewé dans des questions prédéfinies, il lui laisse la possibilité de développer et d'orienter son propos.

L'entretien révèle souvent l'existence de discours et de représentations profondément inscrits dans l'esprit des personnes interrogées et qui ne peuvent que rarement s'exprimer à travers un questionnaire.

2.3.2 Lieu et durée de l'étude

Les entretiens se sont déroulés dans les cabinets de médecins généralistes. L'étude a commencé en Avril 2013 et s'est terminée au mois de décembre 2013.

2.3.3 Les entretiens

Tous les entretiens ont été réalisés dans des cabinets de médecine générale dans la région de Nice. Ils ont été enregistrés par deux dictaphones après accords du médecin, la durée moyenne des entretiens est de 25 à 30 minutes. Les enregistrements ont été sauvegardés.

La transcription d'un entretien dure en moyenne 3 heures.

2.3.4 Population interrogée

Le choix des médecins généralistes a été fait par échantillonnage aléatoire, les rendez-vous ont été pris par téléphone à partir des pages jaunes, lors de la communication téléphonique pour avoir un entretien le médecin est sollicité pour un entretien au cabinet pour une thèse de médecine générale sans lui donner le sujet de la thèse.

Tous les entretiens ont été obtenus et réalisés par l'interne.

2.3.5 L'investigateur, Interviewer

Il s'agit de l'interne qui réalise l'étude.

2.4 Analyse des données

Les Verbatim ont été analysés par approche herméneutique par théorisation ancrée. (*Théorie ancrée = Grounded theory*)

La théorie ancrée¹⁵ est une méthode de recherche qui fonctionne à l'inverse des méthodes dites plus traditionnelles. Au lieu de commencer par l'hypothèse, la recherche commence par la

¹⁵ Strauss A & Corbin J (1990) *Basics of qualitative research : grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications

collecte de données. À partir des données recueillies, des éléments clés sont identifiés grâce à une série de codes extraits du texte, ces différents codes sont regroupés dans des concepts, puis des catégories, puis la création d'une théorie.

Une théorisation ancrée peut donc nous emmener vers des pistes de recherche totalement novatrices.

3. Résultats

3.1 Caractéristique des médecins interrogés

Quatorze médecins généralistes ont été interrogés en entretien individuel à leur cabinet. Les médecins étaient répartis dans la ville de Nice et son agglomération. Leurs caractéristiques sont listées dans le tableau ci-dessous.

Médecin	Genre	Age	Durée d'installation	Zone d'exercice
M1	Homme	60-65	33	Urbain
M2	Femme	60-65	35	Hôpital urbain
M3	Homme	55-60	30	Urbain
M4	Homme	30-35	6	Réunion urbain
M5	Homme	60-65	31	Rural Semi-rural urbain
M6	Homme	60-65	31	Urbain
M7	Homme	60-65	30	Urbain
M8	Femme	40	13	Urbain
M9	Homme	50-55	25	Urbain
M10	Femme	60	30	Urbain
M11	Femme	55	25	Rural-urbain
M12	Femme	55	25	Urbain
M13	Femme	55	20	Etranger, France
M14	Homme	55	25	Urbain

Les premiers médecins interrogés ont été des hommes malgré l'échantillonnage aléatoire, nous avons dû donc contacter beaucoup plus de médecins femmes afin d'équilibrer le sexe ratio.

Les rendez-vous avec les médecins généralistes ont été difficilement obtenus, le pourcentage d'obtention de rendez vous était de 2 à 3 rendez vous obtenus pour 10 appels passés. Les motifs de refus ont été dans l'ordre de fréquence : indisponibilité pour surcharge de travail, horaires incompatibles avec les horaires hospitalières de l'interne, nombreuses sollicitations externes, parfois refus non justifiés.

3.2 Représentations de la MRC chez les médecins généralistes

3.2.1 Maladie grave, méconnue, silencieuse

La MRC est considéré par certains médecins généralistes comme une maladie grave, peu importe le stade de l'évolution ou l'étiologie. Certains médecins attribuent cette gravité à une perte de la fonction rénale à long terme, d'autres l'attribuent à l'absence de traitement *« le gros danger c'est d'arriver à tuer les reins », « on va à la dialyse », « la MRC, de toutes façon traitée, vous savez, il n'y a pas grand-chose »*.

Selon beaucoup de médecins généralistes interrogés, la MRC reste une maladie peu connue et ce pour plusieurs raisons. Beaucoup de médecins estiment que la formation médicale initiale est insuffisante concernant la néphrologie. Pour beaucoup aussi la formation médicale continue (FMC) traite peu le domaine de la néphrologie. *« On est plus amené à rencontrer des cardiologues, des pneumologues, des dermatologues .. mais les néphrologues ne viennent pas trop nous voir »*. *« C'est vrai que je suis toujours en FMC mais il n'y en a pas eu souvent sur l'insuffisance rénale »*.

Par ailleurs la néphrologie est perçue par certains médecins comme une spécialité difficile, complexe et pas facile à aborder. *« Je ne sais pas trop ce qu'on peut faire de toutes les façons, à part éviter d'être iatrogène » « pour moi c'est compliqué, la néphrologie c'est pas simple »*

Certains médecins estiment que la dégradation de la fonction rénale reste asymptomatique jusqu'à un stade très avancé, l'absence de symptômes chez le patient le laisse dans l'ignorance de sa maladie et ne l'incite pas à demander une prise en charge par son médecin traitant. *« Bon ce qui est compliqué dans la maladie rénale, c'est que le patient il ne voit pas, il ne sent pas, et c'est difficile de lui faire comprendre, donc de l'éduquer là dedans »*

3.2.2 Association fréquente maladie rénale chronique diabète

Certains médecins associent quasi systématiquement la MRC au diabète, ils associent les deux maladies aussi bien dans le cadre de la prise en charge que dans le cadre des formations médicales continues. La néphropathie diabétique est évoquée souvent. *« Le diabète et l'hypertension, c'est des maladies chroniques qu'on connaît quand même bien, la maladie rénale, elle en découle donc forcément »*

3.3 Prise en charge et difficultés rencontrées chez les médecins généralistes: analyse descriptive de la pratique des médecins généralistes

3.3.1 Prise en charge de la MRC par les médecins généralistes en pratique

3.3.1.1 Surveillance biologique

Beaucoup de médecins généralistes interrogés ne sont pas alarmés par l'altération des chiffres de la créatinémie / clairance. Lorsqu'ils sont alarmés, beaucoup procèdent par une surveillance biologique plus au moins rapprochée de la clairance... *« à part une simple surveillance un peu plus étroite c'est tout », « surveillance ... plus rapprochéetous les mois environ ».*

3.3.1.2 Demande d'un avis spécialisé rapidement

Beaucoup de médecins généralistes disent ne pas demander un avis spécialisé à un stade précoce de l'évolution de la MRC. Lorsqu'il est demandé, certains médecins justifient cette demande par la méconnaissance de la maladie, ou par une aggravation brutale de la clairance. *« Moi j'aime bien ouvrir le parapluie, je demanderai l'avis d'un néphro », « je l'oriente vers le néphro s'il y a une évolution néfaste de la créat, de la clairance ».*

3.3.1.3 Traitements proposés par les médecins généralistes en pratique

Beaucoup de médecins décrivent un sentiment d'impuissance devant une évolution estimée défavorable peu importe les mesures thérapeutiques prises, *« on est spectateurs, on est démunis », « on fait rien, on surveille », « à part la dialyse et Lourdes, on n'a pas trouvé grand-chose ».*

3.3.1.4 Prise en charge de la MRC dans le cadre de la pathologie à l'origine de la MRC

Certains médecins interrogés répondent à la question du traitement de la MRC par l'instauration d'un traitement du diabète et de l'hypertension artérielle, ils estiment que la MRC est la conséquence de l'une de ces deux maladies ou les deux en même temps, et le fait de traiter la cause améliore la conséquence. « *Si on améliore son diabète, on améliore sa fonction rénale* ».

3.3.2 Difficultés rencontrées chez les médecins généralistes dans leurs pratiques de prise en charge

La plupart des médecins généralistes regrettent de ne pas avoir des dispositions thérapeutiques concrètes à proposer aux patients, « *les difficultés c'est qu'on n'a pas de traitement, on est spectateur* », « *nous n'avons rien à proposer donc nous ne faisons rien* ».

Certains médecins estiment que le fait que la MRC soit non symptomatique ne sensibilise pas le patient à sa maladie et par conséquent ne l'incite pas à suivre les recommandations émises par le médecin généraliste. Dans ce contexte, demander à un patient de suivre certaines choses parfois contraignantes pour une maladie dont il ignore l'existence est souvent impossible à faire respecter.

Par ailleurs, d'après certains médecins le profil des patients présentant une MRC est souvent celui d'une personne âgée poly-pathologique, difficile à prendre en charge, et parfois la priorité est donnée à d'autres pathologies cardio-vasculaires au détriment de la fonction rénale. « *Si on isole le patient comme les spécialistes à l'insuffisance rénale chronique et puis c'est tout, je pense que ce n'est pas la bonne démarche...* ».

En plus, le caractère progressif de l'aggravation de la fonction rénale est pour certains médecins un facteur faussement rassurant et induit de ce fait un manque de vigilance « *c'est une maladie qui évolue à bas bruit et quand ça parle, eh ben c'est trop tard* ».

3.4 Relation médecin généraliste – néphrologue

3.4.1 Début et critères de collaboration

De nombreux médecins généralistes envoient souvent les patients chez le néphrologue à un stade tardif de la MRC. Cet envoi tardif est justifié par différents arguments. L'aggravation brutale ou rapide est souvent citée. Le seuil de clairance évoqué est souvent assez bas. *« Je l'envoie au néphrologue si la MDRD s'aggrave rapidement », « je dis en dessous de 30... quand ça affleure les 30 de MDRD », « Si la MDRD s'aggrave rapidement. Bon tant qu'elle est inférieure à 30 là c'est impératif je pense il s'adresser à un spécialiste », « Si un jour il tombe à 25 et qu'il remonte après et qu'il se stabilise à 40-45 je l'envoie pas encore »*

Les médecins prennent en charge en première intention les autres maladies avant de songer à demander un avis spécialisé concernant l'insuffisance rénale.

3.4.2 Les attentes des médecins généralistes envers les néphrologues

3.4.2.1 Orientation étiologique

Quelques médecins généralistes interrogés demande un bilan étiologique lors de la demande d'un avis de néphrologie, ceci est valable surtout lorsqu'il s'agit d'un sujet jeune ou lors de la présence d'antécédents familiaux de maladies rénales. Peu de médecins généralistes évoquent le bilan étiologique lorsqu'il s'agit d'un patient âgé.

3.4.2.2 Un retour d'information, un projet thérapeutique

Beaucoup de médecins généralistes estiment que le retour d'information de la part des néphrologues, concernant les résultats des investigations, est insuffisant voire inexistant, Par ailleurs certains considèrent les rendez vous difficiles à avoir aussi bien en ville qu'à l'hôpital. *« Le plus dur c'est de trouver un néphrologue » « les difficultés c'est effectivement qu'il y ait une bonne corrélation entre le néphrologue et le médecin généraliste...des relations confraternelles et déontologiques » « le contact hôpital médecin généraliste est très dur enfin personnellement je trouve. Je pense que c'est ce contact là qu'on a intérêt à améliorer »*

En revanche, la majorité des médecins généralistes interrogés trouvent que quand ils ont un retour de la part du néphrologue, l'aide à la prise en charge thérapeutique et l'adaptation des traitements en cours bien faites.

3.4.2.3 Demande de prise en charge des complications de la MRC

Quelques médecins demandent lors de l'envoi du patient vers un néphrologue, la prise en charge adaptée des complications dues à la MRC (métaboliques, hématologique..).

3.4.2.4 Adaptation des traitements habituels du patient, éviter les traitements néphrotoxiques

La majorité des médecins généralistes interrogés attend du néphrologue une information concernant la néphrotoxicité des traitements habituels du patient, une adaptation des posologies, ainsi que les médicaments à arrêter. « Premièrement vérifier la toxicité de tous les médicaments que j'ai pu lui prescrire et vérifier que c'est en conformité avec son insuffisance rénale » « Qu'il me dise quels médicaments sont toxiques ». « trier les médicaments néphro toxique, on ne les a pas tous en tête »

3.4.2.5 Aide à la création d'une alliance thérapeutique

Certains médecins s'appuient sur le néphrologue pour mieux expliquer au patient la nature de sa maladie, afin qu'il en prenne conscience, et pour déclencher une alliance thérapeutique même à travers un discours alarmant. « Qu'il m'aide à le convaincre, à lui expliquer », « une sensibilisation du patient, surtout les diabétiques qui sont peu compliant ».

3.4.2.6 Préparation au traitement par suppléance par dialyse

Certains médecins généralistes envoient les patients ayant une MRC pour savoir s'ils relèvent de la dialyse ou pas, et si éventuellement il faut les préparer pour une dialyse à court terme. Ces médecins estiment que la MRC évolue inéluctablement vers la MRC terminale, et que le rôle des néphrologues est d'intervenir à ce stade pour mettre en place les soins de suppléance. « La prise

en charge quand il faut faire les dialyse » « quand et si le patient va relever éventuellement d'une préparation à la dialyse »

3.4.3 Absence d'intérêts d'une prise en charge spécialisée par le néphrologue

Une grande majorité des médecins généralistes interrogés pensent que les néphrologues ne proposent pas de meilleurs projets thérapeutiques aux patients avant le stade de la dialyse *« on passe la main au néphrologue mais ils ne sont pas mieux que nous », « je montre le patient au néphrologues mais avec grande déception », « c'est vrai je ne l'envoie pas avant, parfois les néphrologues nous disent qu'on ne l'envoie pas assez tôt, mais quand on les envoie assez tôt, ils ne font pas grand-chose ».* **« Pour la Néphrologie c'est un peu comme la Rhumatologie, c'est triste. Le rhumatologue est un désespéré chronique »**

3.5 Solutions proposées pour un parcours de soins optimal chez les patients en MRC

3.5.1 Prise en charge via une collaboration étroite entre les médecins généralistes et les néphrologues

Pour les médecins généralistes, une bonne prise en charge d'une MRC passe par une bonne collaboration avec le néphrologue. Un retour d'information par courrier, permettrait de mettre en place un projet personnalisé de soins avec notamment l'adaptation des traitements habituels potentiellement néphro-toxiques, l'introduction de traitement néphro-protecteur, et une sensibilisation du patient à l'évolution grave de la MRC si les consignes ne sont pas respectées. *« un bon parcours... c'est le généraliste aidé du néphrologue ou l'inverse.. »*

3.5.2 Renforcer la sensibilisation des médecins généralistes devant toute altération de la fonction rénale

Créer des campagnes de sensibilisation au niveau local, régional, qui seraient pour beaucoup de médecins de meilleurs impacts que les campagnes nationales.

Pour d'autres médecins, une meilleure action viendrait d'une meilleure diffusion des recommandations des sociétés savantes et de la haute autorité de santé HAS, et aussi à travers une action politique nationale durable.

3.5.3 Cibler et impliquer les patients dans le parcours de soins de la maladie rénale chronique

Quelques médecins généralistes proposent la création d'outils destinés aux patients afin de les sensibiliser, les informer, les impliquer dans la prise en charge et le suivi de la MRC. Ces outils peuvent être par exemple **des livrets didacticiels dans lesquels ils peuvent noter les chiffres de créatinines et la clairance de la créatinine**. Cela permettrait aux patients d'être vigilants et de s'alarmer s'il y a une aggravation des chiffres, mais aussi de les sensibiliser aux mesures de néphro-protection à suivre comme éviter de prendre les médicaments néphro-toxiques. *« des petits livrets didacticiels où ils puissent eux-mêmes noter quand ils ont reçu leurs bilans, la créatinine, du coup se mettre en alerte eux-mêmes s'ils pensent qu'il y a un soucis. ça serait bien qu'ils aient : attention l'anti inflammatoire, attention à tel médicament... »*

La sensibilisation des patients peut également déclencher une demande de soins auprès de son médecin traitant, qui sera à son tour plus vigilant. Elle peut également créer une alliance thérapeutique et donc faciliter l'éducation thérapeutique.

3.5.4 Assurer une meilleur prise en charge des patients âgé poly pathologiques

Pour d'autres médecins, la MRC est souvent constatée chez des personnes âgées poly pathologiques. Une bonne prise en charge de la MRC passe forcément par une prise en charge optimale de l'ensemble des pathologies. Ainsi, certains médecins préconisent une attention renforcée pour les patients âgés ayant une MRC modérée afin d'éviter les facteurs aggravant

comme la déshydratation, l'iatrogénie. « *J'ai une clientèle de personnes âgées avec des pluri pathologies et donc je fais très gaffe* »

3.5.5 Repenser l'enseignement de la néphrologie pendant les études médicales

Enfin, quelques médecins préconisent une remise en question de l'enseignement de la néphrologie destiné aux étudiants en médecine. Ils estiment que la néphrologie est une spécialité complexe qui nécessite d'autres approches pédagogiques pour la rendre accessible aux étudiants. « *Les enseignants se sont un peu loupé sur l'enseignement de la néphrologie* »

4. Discussion

4.1 Discussion sur la méthode

4.1.1 La méthode

*« Les méthodes qualitatives ont pour fonction de comprendre plus que de décrire systématiquement ou de mesurer ».*¹⁶

Les méthodes de recherche qualitatives sont souvent dévalorisées par rapport aux méthodes quantitatives : on leur reproche généralement de se baser sur des échantillons trop faibles pour légitimer les résultats obtenus. Mais ce reproche traduit une méconnaissance de ce type de méthodes. En effet, les méthodes qualitatives sont, au contraire, particulièrement bien appropriées pour l'étude des opinions, des comportements et des pratiques des individus.

La complexité des soins primaires requiert de disposer de plusieurs méthodes de recherche et d'une multitude de techniques de recueil de données à la fois quantitatives et qualitatives¹⁷.

La recherche qualitative est particulièrement adaptée au domaine de la médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins. Souvent opposée à la recherche quantitative, elle en est complémentaire, avec une richesse qui lui est spécifique, et elle peut lui être combinée de multiples façons. Comme toute recherche, elle doit être l'aboutissement d'une démarche scientifique rigoureuse.

4.4.2 Les limites de l'étude

La problématique est-elle bien décrite ?

La MRC est un problème majeur de santé publique, le constat est alarmant, mais les pratiques n'ont pas changé.

¹⁶ Kaufmann, J.-C. (1996). L'entretien compréhensif.

¹⁷ Jones R, Britten N, Culpepper L et al. Oxford textbook of primary care. Volume 1 : Principles and concepts. Oxford University Press 2005

L'objectif principal de l'étude est d'explorer les expériences et les attitudes des médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge de la maladie rénale chronique, sachant que le médecin généraliste est le praticien pivot pour le patient et son entourage, tant au niveau des soins primaires que du réseau des professionnels de santé.

La méthode utilisée est celle d'une recherche qualitative par théorisation ancrée, par entretiens individuels semi directifs afin d'étudier les comportements habituels des médecins généralistes dans le suivi d'une maladie chronique en soins primaires.

Personnellement, je n'avais que très peu de notions sur la recherche qualitative et encore moins concernant la théorisation ancrée. Le choix de la méthode suivie s'est imposé par lui-même suite aux différentes réflexions menées avec le directeur de thèse et la cellule de thèse du Département de Médecine Générale. Ce dernier a dispensé une formation spécifique sur la recherche qualitative que j'ai suivie afin d'entreprendre un travail rigoureux. De plus, j'ai étudié quelques ouvrages et articles traitant de la question. Toutefois, malgré tout ce travail personnel, je ne pense pas m'être véritablement approprié l'ensemble des principes de la recherche qualitative.

Le guide d'entretien : nous l'avons élaboré en plusieurs étapes en coordination avec la cellule de thèse. La pertinence de l'étude sur le plan méthodique a été assurée par Dr TOUBOUL (médecin de santé publique au CHU de Nice).

Le choix des participants a été fait par échantillonnage aléatoire afin d'avoir une diversification des données. Les médecins participants ont tous été tirés au sort sur l'annuaire des pages jaunes et contactés par téléphone au préalable pour avoir leur accord. Nous remarquons que la moyenne d'âge de l'échantillon est assez élevée (50ans) et correspond à celle des médecins généralistes en France¹⁸. Étant donné que les hommes médecins ont été nombreux à répondre favorablement à la demande d'un entretien, contrairement aux femmes médecins, nous avons été forcés, dans un souci d'équité, de ne contacter que ces dernières dans un second temps.

¹⁸ Statistiques CARMF au 1^{er} juillet 2010

L'étude a été faite auprès de médecins installés en villes, la plupart des médecins n'ont pas eu de pratique rurale, nous ne pouvons pas nous prononcer dans cette étude quant à la pratique des médecins généralistes en milieu rural.

J'ai effectué tous les entretiens, au cabinet de médecine générale du praticien, l'entretien était individuel avec enregistrement sur un dictaphone.

Le recueil et l'analyse des données ont été faits de façon itérative, avec adaptation du guide d'entretien tout au long de l'avancée des travaux, jusqu'à la saturation des données.

L'analyse a été faite de façon manuelle par codification. Les données générées par cette étude ont été considérables, nous avons essayé d'analyser et de présenter les résultats de la manière la plus pertinente et la plus compréhensible possible. Il n'est pas exclu qu'on puisse tirer davantage d'informations de ces résultats en les présentant différemment.

4.2. Analyse et discussion des résultats

4.2.1 Représentation de la MRC chez les médecins généralistes

- **Maladie grave**

Beaucoup de médecins généralistes interrogés considèrent la MRC comme maladie grave peu importe le stade de celle-ci. Cette gravité est expliquée par une évolution néfaste aux conséquences importantes sur les reins aux stades évolués de la maladie.

Certes, la MRC est une maladie évolutive sans traitement curable, mais sa nocivité ne réside pas seulement au niveau rénal. Très peu de médecins interrogés évoquent les complications de la MRC aux niveaux cardio-vasculaires, métaboliques, hématologiques, de la qualité de vie ...

- **Maladie méconnue**

Certains médecins attribuent cette méconnaissance à une formation médicale initiale ou continue insuffisante. Ceci est concordant avec les résultats de différentes études: l'enquête REIN 2006¹⁹,

¹⁹ enquête REIN 2006 ; FrimatL., Néphrologie et Thérapeutique, 2006.

par exemple, montre que 21% de médecins généralistes disent être sensibilisés à la MRC, 30 à 54% disent connaître les recommandations, 55% déclarent utiliser la clairance de la créatinine.

L'étude publiée par la FNAIR²⁰ (Fédération Nationale d'Aide aux Insuffisants Rénaux), montre que 46% des médecins généralistes déclarent ne pas connaître de référence de bonnes pratiques pour la prise en charge de la MRC, et seulement 25% ont déjà suivi une formation médicale continue sur la MRC.

À propos de la formation médicale continue, on peut s'interroger sur les raisons de cette proportion très modeste de médecins généralistes ayant fait une formation traitant de la MRC. L'explication est forcément pluri-factorielle. Pour un certain nombre de médecins les programmes de formation continue traitent rarement le domaine de la néphrologie, il serait intéressant de faire le point concernant la FMC destinée aux médecins généralistes.

- **Maladie silencieuse**

Pour certains médecins, un patient asymptomatique est un patient non demandeur de soins. La MRC reste longtemps silencieuse et asymptomatique. En outre, nous savons que faire accepter une maladie à un patient peut demander parfois des années, d'autant plus si celle-ci ne présente aucun symptôme.

D'autre part, il est clairement démontré que lors de la mise en place d'une éducation thérapeutique, l'une des étapes les plus difficiles est celle de conduire le patient à accepter une maladie non ressentie. Par exemple, la durée pour réaliser que le diabète persistera le restant de la vie est estimée à 8mois dans l'étude DAWN²¹.

- **Association fréquente Maladie rénale chronique - diabète**

Près d'une fois sur deux, la maladie rénale chronique est due à un diabète ou une hypertension. Mais le diabète seul ne représente que 23% des causes de la MRC²².

La néphropathie diabétique est une complication quasi inéluctable au bout de quelques années d'évolution. Cela expliquerait en partie l'association fréquente chez les médecins généralistes de la maladie rénale chronique au diabète. Néanmoins, plus de deux tiers des causes

²⁰ http://www.semainedurein.fr/pdf/sondage_medecins_generalistes_2006.pdf

²¹ Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek FJ, Matthews DR, and Skovlund SE. "Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management : results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study". Diabet Med. 2005 Oct; 22 (10):1379-85.

²² Épidémiologie de l'insuffisance rénale chronique en France. Bénédicte Stengel¹, Cécile Couchoud², Catherine Helmer³, Carole Loos-Ayav⁴, Michèle Kessler. Réseau REIN 2009

de la maladie rénale chronique sont dues à une autre pathologie. Toutefois, peu de médecins évoquent dans la prise en charge le bilan diagnostic, s'agit-il d'une méconnaissance de la MRC ou bien est-ce une solution de facilité d'attribuer systématiquement la cause de la MRC au diabète ?

Le diabète est une maladie, certes, fréquente et très connue auprès des médecins généralistes. La politique de santé mise en place depuis de nombreuses années semble donner des résultats très satisfaisants: à titre d'exemple 63% des patients diabétiques ont bénéficié d'une consultation ophtalmologique, 86% d'un dosage des lipides quels qu'ils soient (83% du cholestérol LDL) et 92% d'un dosage sanguin de la créatinine en deux ans, selon les indicateurs cumulés Entred et Erasm²³.

Aussi, la formation médicale continue des médecins généralistes propose énormément de thèmes autour du diabète. Ainsi les médecins sont sensibilisés périodiquement au diabète et ses complications notamment la néphropathie diabétique. Ce constat explique en partie la forte association entre la maladie rénale chronique et le diabète retrouvée chez les médecins généralistes.

4.2.2 Prise en charge et difficultés rencontrées chez les médecins généralistes

Beaucoup de médecins généralistes ne font qu'une surveillance biologique simple (numération sanguine, ionogramme) lorsqu'ils remarquent une aggravation de la fonction rénale. Certains justifient cette simple surveillance par la fréquente altération de la fonction rénale chez leurs patients âgés. Ils indiquent que dans leur expérience personnelle une altération de la fonction rénale ne s'aggrave pas beaucoup au fil des années chez la majorité des patients concernés. Cependant, cette aggravation progressive est un facteur faussement rassurant qui induit souvent un manque de vigilance et une prise en charge tardive. Le risque est l'envoi du patient chez le néphrologue en maladie rénale préterminale ou terminale.

A contrario, d'autres médecins demandent un avis néphrologique dès le début de l'aggravation de la fonction rénale. Cette sécurité est probablement justifiée par une méconnaissance de la maladie.

²³ Indicateurs Entred, Erasm. Sécurité sociale. <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indic2-5-pqemaladie.pdf>

Ces deux voies totalement opposées montrent que la prise en charge initiale est fondée sur les acquis des médecins et sur leurs expériences personnelles (sans évoquer les recommandations ou guides de pratique).

Les médecins décrivent un sentiment d'impuissance devant l'absence de traitement médicamenteux pour la MRC. De ce fait l'évolution est estimée défavorable peu importe les mesures thérapeutiques prises. De plus, la pratique d'un médecin est souvent caractérisée par la prescription d'un traitement médicamenteux à une pathologie donnée, les médecins ne sont pas suffisamment sensibilisés à la non prescription médicamenteuse. De même, la plupart des patients qui vont voir un médecin s'attendent à sortir du cabinet avec une ordonnance²⁴. Et pourtant, conserver ou retrouver leur santé ne passe pas forcément par ce biais, loin s'en faut.

Certaines thérapeutiques non médicamenteuses sont recommandées comme traitement de fond dans des contextes spécifiques (régimes diététiques, activités physiques, traitements psychologiques, etc.). Il semble pourtant que les médecins se heurtent à des difficultés dans la prescription de ces thérapeutiques, telles que le manque de temps à consacrer à chaque patient ou encore l'impression que leurs patients ne sont pas prêts à accepter ces traitements qui impliquent souvent des changements de comportements difficiles à mettre en œuvre. Ces thérapeutiques non médicamenteuses nécessitent la mise en place d'un processus important **l'éducation thérapeutique**²⁵

L'éducation thérapeutique est une dimension de la stratégie de prise en charge de la MRC. Elle s'inscrit dans le parcours de soins du patient²⁶. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle peut être proposée dès l'annonce du diagnostic ou à tout autre moment de l'évolution de la maladie en fonction des besoins éducatifs du patient et de son acceptation.

Or les médecins déclarent se heurter à certains freins lorsqu'ils souhaitent mettre en place une démarche éducative : tout d'abord à un manque de temps, puis à un manque de professionnels et de structures relais, mais aussi à des obstacles liés aux patients notamment à des barrières culturelle et linguistique, enfin au manque de formation à cette compétence²⁷.

²⁴ Akrich M. Petite anthropologie du médicament. Techniques et Culture, 1995, déc.- janv. n°25-26

²⁵ Rapport d'orientation HAS : Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validée. Avril 2011

²⁶ Éducation thérapeutique du patient. Articles L. 1161-1, L. 1161-2, L. 1161-3, L. 1161-4, L. 1161-5, L. 1161-6 du Code de la santé publique.

²⁷ Journal de l'Afdet - Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique - Septembre 2012

Par ailleurs, certains médecins généralistes prennent en charge les maladies cardiovasculaires en premier lieu au détriment de la MRC. Les statistiques du registre REIN montrent que l'insuffisance rénale terminale est cinq fois plus fréquente chez les sujets âgés que chez les sujets d'âge moyen, et qu'un patient insuffisant rénal chronique âgé a 4 à 5 fois plus de risques de mourir de maladie cardiovasculaire que d'arriver au stade terminal de la MRC. Les exigences du traitement des maladies cardiovasculaires doivent donc être prioritaires par rapport à la préservation de la fonction rénale. Néanmoins la MRC évolue à son compte et aggrave le risque cardio-vasculaire. Sa prise en charge reste alors un élément primordial dans celle du risque cardio-vasculaire.

De même, beaucoup de médecins font le choix de prendre en considération la MRC dans le cadre de la prise en charge globale du patient, surtout s'il est âgé et polypathologique. Ceci traduit une volonté de ne pas traiter les divers organes éventuellement affectés séparément. Hippocrate, le premier, a évoqué la cause naturelle des maladies. Depuis, la description anatomique, la méthode anatomo-clinique puis la révolution microbiologique nous ont entraînés vers une médecine des organes puisant dans le paradigme explicatif. Le patient découpé en autant de systèmes fonctionnels reste pour autant une personne malade et non pas une somme d'organes malades. La rencontre singulière du patient et de son médecin généraliste oriente vers une médecine centrée sur la personne.

Cette vision de la globalité des soins est judicieuse et fait partie des caractéristiques de la complexité de la prise en charge des patients âgés polypathologiques en soins primaires.

Le risque majeur est que l'on considère la MRC comme une maladie restreinte aux reins, et non comme une maladie qui peut donner des complications cardio-vasculaires, métaboliques, hématologiques ... avec des conséquences dévastatrices sur la qualité de vie du patient.

4.2.3 Relation médecin généraliste - néphrologue

De la théorie...

Le médecin est tenu de proposer à ses patients la meilleure prise en charge possible. L'article 60 du code de la santé publique le rappelle en ces termes :

« Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent ou accepter celle qui est demandée par le malade ou son entourage. Il doit respecter le choix du malade et, sauf objection sérieuse, l'adresser ou faire appel à tout consultant en situation régulière d'exercice. S'il ne croit pas devoir donner son agrément au choix du malade, il peut se récuser. Il peut aussi conseiller de recourir à un autre consultant, comme il doit le faire à défaut de choix exprimé par le malade. »

De même, le médecin spécialiste est tenu de communiquer les résultats des investigations: *« [...] à l'issue de la consultation, le consultant informe par écrit le médecin traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en en avisant le patient »*²⁸

Les médecins généralistes sont en première ligne pour dépister et diagnostiquer toute altération de la fonction rénale. Ceci est particulièrement vrai chez les patients à risque (patient âgé, diabétique, hypertendu, ...). C'est donc le médecin traitant qui va orienter son malade vers le spécialiste pour la prise en charge. Comme nous l'avons vu plus haut, beaucoup de médecins généralistes procèdent par une surveillance simple de la créatinine/clairance. Lorsqu'ils décident de solliciter un avis spécialisé, c'est souvent fait à un stade tardif de l'évolution de la MRC. Les principaux critères alarmants sont un seuil de clairance assez bas, une aggravation brutale de la fonction rénale, ou une évolution critique de la MRC.

Et pourtant, une étude menée en Lorraine a démontré un lien statistiquement très significatif entre l'intervention du néphrologue et l'application des recommandations de bonne pratique avec obtention des cibles thérapeutiques. Plus le patient voit le néphrologue précocement, plus le taux d'hémoglobine est dans la cible des recommandations, plus la pression

²⁸ Article 60 du code de la santé publique

artérielle et le métabolisme phosphocalcique sont équilibrés, plus le patient a de chances de bénéficier d'un traitement néphroprotecteur.²⁹

Notre étude montre que la première préoccupation des médecins généralistes est l'adaptation des traitements du patient afin d'éviter l'iatrogénie. La néphrotoxicité des médicaments est bien connue et semble être la priorité de beaucoup de médecins.

L'iatrogénie médicamenteuse a un coût humain et économique très élevé. Elle est responsable de 130 000 hospitalisations et 10 000 décès par an. La population des plus de 65 ans polypathologiques et des plus de 75 ans est la plus concernée³⁰. En outre, les effets indésirables sont deux fois plus fréquents après 65 ans qu'avant³¹, et 10 à 20% de ces effets indésirables conduisent à une hospitalisation³².

La sensibilisation grandissante des médecins généralistes aux médicaments néphrotoxiques, à l'adaptation des posologies des traitements habituels, est l'un des points les plus positifs de cette étude.

Certains médecins s'appuient sur le néphrologue pour mieux expliquer au patient sa pathologie, l'évolution de celle-ci, les éventuelles complications (en cas de non respect des consignes). Le but final est d'amener le patient vers une acceptation de la maladie et la création d'un projet thérapeutique avec trois acteurs le patient lui-même, le médecin traitant et le spécialiste.

Comme nous l'avons expliqué plus haut, le processus d'acceptation et d'adhésion d'un patient ayant une maladie chronique est un processus très long et compliqué, cela demande la coordination de tous les acteurs de soins.

D'autres médecins envoient les patients chez le néphrologue pour savoir s'ils relèvent de soins de suppléance par dialyse et s'il faut les y préparer, il s'agit de médecins qui pensent pouvoir gérer la MRC jusqu'au stade de la dialyse.

²⁹ Kessler M, Frimat L, Panescu V, Briançon S. Impact of nephrology referral on early and mid-term outcomes. In: ESRD : Épidémiologie de l'Insuffisance rénale chronique terminale en Lorraine (EPIREL): Results of a 2-year prospective, community-based study. Am J Kidney Dis. 2003. p. 478-85 42).

³⁰ Assurance maladie ; article publié le 8 janvier 2013 <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/vous-former-et-vous-informer/prevention-prise-en-charge-par-l-assurance-maladie/prevenir-la-iatrogenie-medicamenteuse.php>

³¹ Bégaud B. et al, Does age increase the risk of adverse drug reaction? Br. J. Clin. Pharmacol ; 2002; 54 : 548-552.

³² Bégaud B. et al, Does age increase the risk of adverse drug reaction? Br. J. Clin. Pharmacol ; 2002; 54 : 548-552.

En revanche, la demande d'un bilan étiologique est presque rare lors de la sollicitation d'un avis spécialisé. Nous la retrouvons particulièrement quand il s'agit d'un patient jeune ou lors de la présence d'antécédents familiaux de maladies rénales. La démarche des médecins généralistes est tout à fait justifiée pour le sujet jeune au vu de l'épidémiologie et des causes de la MRC chez un jeune individu. Par contre, s'il s'agit d'un sujet âgé les médecins ne font en général que surveiller simplement.

La recherche de complications de la MRC ne figure que peu également lors de la demande d'une prise en charge par le néphrologue. Cela traduit-il une méconnaissance des complications potentielles de la MRC ?

Si l'un des grands désespoirs du néphrologue est de voir arriver un patient avec une insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) non préparée, il n'est pas exempt de tout reproche. En effet, beaucoup de médecins généralistes estiment le retour d'information des néphrologues très insatisfaisant. Certains sont arrivés à se questionner sur l'intérêt d'un avis spécialisé s'il n'y a aucun retour des résultats d'investigations.

Pour finir la discussion autour de la relation médecin généraliste - néphrologue, nous avons été surpris de constater que beaucoup de médecins généralistes ne trouvent pas d'intérêt à la prise en charge de la MRC par le néphrologue avant le stade de la dialyse. Effectivement, certains médecins généralistes décrivent une grande déception et ne voient pas la plus-value apportée par le spécialiste. Ils dénoncent une prise en charge stéréotypée impersonnelle, et contestent, de ce fait, la volonté des néphrologues de vouloir recevoir les patients plus tôt.

Une meilleure communication entre le médecin généraliste et le néphrologue valorisant les échanges et les objectifs de soins pourrait améliorer la prise en charge des patients ayant une MRC.

4.3 Discussion sur les pistes d'un parcours idéal et perspectives

4.3.1 Prise en charge via une collaboration étroite entre les médecins généralistes et les néphrologues

Parmi les pistes proposées par les MG pour mettre en place un parcours de soins optimal bénéficiant aux personnes atteintes de MRC, on retrouve l'idée d'une étroite collaboration entre le médecin traitant et le spécialiste. Cette relation professionnelle solide et durable permettrait de créer un projet personnalisé de soins. Cela semble être une proposition très pertinente dans l'optique de présenter un projet concret au patient.

Une étude menée à Hawaï par un groupe de néphrologues illustre très bien cette solution. Ces néphrologues disposent d'un outil informatique de qualité, ils peuvent avoir accès aux dossiers médicaux de tous les patients et en particulier à l'évaluation de la fonction rénale. Ils ont commencé par identifier les patients à hauts risques de développer une MRC terminale. Lors de la première étape, une fois le patient identifié, un message sécurisé est transmis au médecin généraliste en lui conseillant d'envoyer son patient à la consultation de néphrologie. Ceci a été couronné de succès avec un bon retour de la part des médecins généralistes qui appréciaient les conseils et ce dépistage ciblé. La deuxième étape a débuté à la fin de l'année 2005, c'est la consultation non sollicitée par message électronique. Le programme identifie les résultats anormaux et un néphrologue analyse le dossier médical informatique. De façon non sollicitée, il contacte, par message électronique, le généraliste en donnant des conseils, c'est une vraie consultation électronique. Le généraliste garde la maîtrise des soins, il suit ou non l'avis reçu.

La mise en place de cette approche a permis de faire diminuer l'envoi tardif des patients avant la mise en dialyse de 12% à 32%.³³

4.3.2 Renforcer la sensibilisation des médecins généralistes devant toute aggravation de la fonction rénale

Pour certains médecins généralistes, une meilleure prise en charge des patients ayant une MRC passe par une bonne sensibilisation, à travers des campagnes d'action au niveau loco-régional. À

³³ The role of specialists in managing the health of populations with chronic illness: the example of chronic kidney disease *BMJ* 2009; 339 doi: (Published 8 July 2009). **Cite this as:** *BMJ* 2009;339:b2395

ce propos, les médecins ayant suivi une session de formation en néphrologie au niveau local étaient bien sensibilisés à la MRC, aux mesures de néphroprotection et à l'importance d'une prise en charge spécialisée.

Donnons l'exemple de l'étude DREAM dont la méthode consistait à rendre deux visites à un cabinet de médecin généraliste par un "pair" espacées de quinze jours. Les résultats de cette étude mettent en avant une augmentation du nombre de patients adressés au néphrologue et une baisse significative du chiffre moyen de la clairance.³⁴

4.3.3 Cibler les patients et les impliquer dans le parcours de soins de la MRC

Une autre piste proposée pour un parcours de soins optimal, consiste à impliquer directement le patient dans le suivi de sa maladie. Cette approche s'appuie sur des supports adressés spécifiquement aux malades, comme les livrets didacticiels, les campagnes de sensibilisation ou encore les affiches d'information. Le but est de rendre le patient acteur afin de créer une alliance thérapeutique.

L'observance ou « adhésion thérapeutique » est un élément central de la prise en charge des maladies chroniques. La favoriser doit être une mission pour les soignants. Cette démarche implique la connaissance des déterminants la conditionnant afin d'adapter la prise en charge des patients, tout particulièrement dans la conception de programmes d'éducation thérapeutique (ETP)³⁵.

Dans le livre de d'Ivernois et Gagnayre en 1995 (p. 13), on lisait *«L'éducation du patient se situe au niveau de la prévention tertiaire. La maladie est installée ; elle ne peut pas être guérie, mais les risques de mort peuvent être éloignés, les complications inéluctables distancées par la participation du patient à son traitement et son auto surveillance.»*

³⁴ HAS 2005, **DREAM**: l'efficacité de la **visite de pairs** pour améliorer les pratiques, Amélioration du dépistage et de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique chez le patient à risque (DT2 et/ou hypertendu). http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/philippe_de_chazournes_et_bruno_bourgeon_diapo_reunion.pdf

³⁵ Peut-on favoriser et évaluer l'observance thérapeutique ? Marie-Noëlle Hilleret, Jean-Pierre Zarski , Clinique universitaire d'hépatogastroentérologie, pôle Digidune, CHU A.-Michallon, Grenoble, BP 217, 38043 Grenoble cedex 09, France, Centre de recherche Inserm/UJF U823 IAPC, Institut Albert-Bonniot, Domaine de la Merci, 38706 La Tronche cedex, France.

L'éducation du patient est une discipline en pleine évolution dont les limites sont difficiles à définir. On parle aujourd'hui «d'éducation du patient», «d'éducation thérapeutique du patient», «d'éducation du patient à sa maladie», «d'éducation pour la santé du patient», «de psychoéducation» ... Bien plus qu'un problème de terminologie, chacune de ces appellations renvoie à des champs d'actions, à des objectifs, à des thèmes, à des moments différents d'intervention dans l'histoire de la maladie et / ou de la santé des patients ou encore à des «patients» différents.

4.3.4 Assurer une meilleure prise en charge des patients âgés poly-pathologiques

Le médecin généraliste est le premier prescripteur et fournisseur de soins médicaux chez la personne âgée.

Une part croissante de personnes âgées présente des problèmes médicaux complexes associés à de nombreuses co-morbidités, leur prise en charge pouvant poser des difficultés sur le plan médical, social et humain.

Plus que tout autre patient, la personne âgée fragile nécessite une prise en charge globale prenant en compte ses troubles mais aussi ses capacités et son environnement. Deux catégories de personnes âgées posent encore plus de difficultés, celles qui sont dépendantes vivant au domicile et celles en institution. Les médecins généralistes devraient être mieux formés et organisés pour s'occuper des maladies chroniques ³⁶ afin de mettre en place des soins plus coordonnés et plus préventifs^{37, 38}

Toutes les actions et les plans politiques de santé publique devraient produire des résultats positifs quant à la prise en charge globale des personnes âgées. Cette prise en charge au sein d'un parcours continu et coordonné est la condition pour assurer « le juste soin » aux personnes âgées.

³⁶ Rothman AA, Wagner EH: Chronic illness management: what is the role of primary care? Ann Intern Med 2003, 138(3):256-261.

³⁷ Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Vranizan K, Stewart AL: Primary care and receipt of preventive services. J Gen Intern Med 1996, 11(5):269-276.

³⁸ Starfield B: Primary care. Oxford University Press edition. New York; 1992.

5. Conclusion

La MRC constitue un problème majeur de santé publique. Elle représente un facteur de risque cardiovasculaire majeur, équivalent à une pathologie coronarienne avérée. C'est une pathologie fréquente, coûteuse, associée à une morbidité et une mortalité importantes. Comme pour les autres facteurs de risque cardiovasculaire, le médecin généraliste joue un rôle incontournable dans sa prise en charge.

Que conclure pour notre étude ?

Le caractère tardif du diagnostic et de la prise en charge de la MRC en soins primaires a de nombreuses explications : une insuffisance de formation initiale et continue, une mauvaise diffusion des recommandations, des résultats médiocres des plans politiques de santé publique, des difficultés liées à la maladie dont l'expression reste longtemps asymptomatique, et la prise en charge nécessitant des thérapeutiques essentiellement non médicamenteuses (dont l'éducation thérapeutique avec toutes ses contraintes). Nous remarquons également des difficultés liées au profil de patients souvent âgés poly pathologiques et poly médicamentés. Enfin les difficultés liées à la prise en charge par le spécialiste est souvent estimée insuffisante voire inexistante.

Dans notre étude, tous les médecins généralistes interrogés s'accordent à dire que la prise en charge de la MRC est difficile en ville. Les solutions que notre étude met en évidence pour un meilleur parcours de soins chez les patients en MRC passent par un meilleur accompagnement du médecin généraliste dans la prise en charge de la MRC via une sensibilisation importante au niveau local, par le biais de la formation médicale continue ou à travers la création de réseaux informels de soins. Le but étant d'améliorer le dépistage par le médecin généraliste des patients à risque de MRC, et d'entretenir une meilleure collaboration entre la médecine générale et les différents acteurs de soins. L'autre axe important est la sensibilisation des patients ayant ou à risque d'avoir une MRC à leur maladie, par divers outils, pour déclencher une alliance thérapeutique et développer une éducation thérapeutique réussie.

6. Résumé

- ***Introduction***

La MRC est un problème majeur de santé publique en France. Son coût humain est particulièrement élevé en termes de morbi-mortalité, d'impact sur la qualité de vie. Le coût de la prise en charge de la MRC est considérable. Toutes les études s'accordent à dire qu'il existe une réelle insuffisance de diagnostic et de prise en charge en médecine générale. Pourtant, le médecin généraliste joue un rôle déterminant dans le parcours de soins des patients ayant une MRC. Aussi, l'objectif de cette étude était d'explorer les pratiques et les difficultés des médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge de la maladie rénale chronique en soins primaires.

- ***Méthode et matériel***

Nous avons réalisé une étude qualitative, par entretiens individuels semi directifs, auprès de quatorze médecins généralistes installés dans la ville de Nice, d'Avril 2013 à décembre 2013. Une vignette présentant un cas clinique typique de découverte d'une insuffisance rénale chronique chez un patient diabétique hypertendu servait de support à ces entretiens. Le choix des médecins interrogés a été fait par échantillonnage aléatoire. De plus, Les verbatim ont été analysés par approche herméneutique par théorisation ancrée. Le recueil et l'analyse des données, quant à eux, ont été faits de façon itérative, jusqu'à la saturation des données.

- ***Résultats***

Notre étude met en évidence les principaux obstacles et les vraies difficultés rencontrés chez les médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge de la MRC. Nous les avons classés en quatre grands thèmes : des difficultés liées à la représentation de la MRC, estimée grave, méconnue, silencieuse ; des difficultés liées à une thérapeutique essentiellement non médicamenteuses, difficile à mettre en place en soins primaires ; des difficultés liées à l'absence de réseaux de soins et à une mauvaise collaboration avec les néphrologues ; et enfin des difficultés liées au profil des patients souvent âgés et poly pathologiques.

- ***Conclusion***

Cette étude qualitative nous permet de proposer deux grandes pistes de travail pour un meilleur parcours de soins des patients ayant une MRC. La première est destinée au médecin généraliste pour mieux l'aider et l'accompagner. Et la deuxième est destinée au patient pour le sensibiliser et l'impliquer réellement dans la prise en charge de sa maladie.

Mots clés : Maladie rénale chronique, médecin généraliste, patient, néphrologue, qualité de vie.

7. Bibliographie

1. Registre REIN 2009, gérée par l'agence de biomédecine
2. Indicateurs Entred, Erasm. Sécurité sociale. <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indic2-5-pqemaladie.pdf>
3. HAS, Evaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale en France, Septembre 2010. www.has-sante.fr
4. Reinsechos.fr, la ligue rein et santé
5. Maladie rénale chronique chez l'adulte, parcours de soins, HAS mai 2012
6. Rapport d'évaluation technologique. Evaluation du DFG et de la créat dans le diagnostic de la MRC chez l'adulte. Décembre 2009
7. Calculateurs en lignes. Société de néphrologie. <http://www.soc-nephrologie.org/eservice/calcul/>
8. Définition MRC, HAS mai 2012
9. Black C, Sharma P, Scotland G, McCullough K, McGurn D, Robertson L, et al. Early referral strategies for management of people with markers of renal disease: a systematic review of the evidence of clinical effectiveness, cost-effectiveness and economic analysis. Health Technology Assessment 2010;Vol. 14:No. 21.
10. Huisman RM, The deadly risk of late referral Nephrol. Dial., Transplant. 2004 ; 19 : 2175-2180. Chan MR, Dall AT, Fletcher KE, Lu N, Trivedi H, Outcomes in patients with chronic kidney disease referred late to nephrologists: a meta-analysis. Am J Med. 2007;120 (12) : 1063.
11. EPIREL : Épidémiologie de l'Insuffisance Rénale chronique terminale en Lorraine Kessler M, Frimat L, Panescu V, Briançon S, Impact of nephrology referral on early and midterm outcomes in ESRD : épidémiologie de l'insuffisance rénale chronique en Lorraine (EPIREL) : results of a 2 year, prospective, community-Based Study. Am J.Kidney Dis 2003 ; 42 : 474-85.

12. Hoffmann M, Binaut R, Maisonneuve N, Bacri JL, Lemaître V. Suivi néphrologique et mortalité en dialyse. *Néphrologie* 2003 ; 24 : 223 Abstracts of the 5th Meeting of the Nephrology Society and the Francophone Society of Dialysis. Nancy, France, 30 September-3 October 2003.
13. HAS, Evaluation médico économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale en France, Septembre 2010. www.has-sante.fr
14. HAS, MRC chez l'adulte, parcours de soins, recommandations Mai 2012
15. Strauss A & Corbin J (1990) *Basics of qualitative research : grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications
16. Kaufmann, J.-C. (1996). L'entretien compréhensif.
17. Jones R, Britten N, Culpepper L et al. Oxford textbook of primary care. Volume 1 : Principles and concepts. Oxford University Press 2005
18. Statistiques CARMF au 1^{er} juillet 2010
19. enquête REIN 2006 ; FrimatL., *Néphrologie et Thérapeutique*, 2006.
20. http://www.semainedurein.fr/pdf/sondage_medecins_generalistes_2006.pdf
21. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek FJ, Matthews DR, and Skovlund SE. "Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management : results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study". *Diabet Med*. 2005 Oct; 22 (10):1379-85.
22. Épidémiologie de l'insuffisance rénale chronique en France. Bénédicte Stengel¹, Cécile Couchoud², Catherine Helmer³, Carole Loos-Ayav⁴, Michèle Kessler. Réseau REIN 2009
23. indicateurs Entred, Erasm. <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indic2-5-pqemaladie.pdf>
24. Akrich M. Petite anthropologie du médicament. *Techniques et Culture*, 1995, déc.- janv. n°25-26
25. Rapport d'orientation HAS : Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validée. Avril 2011
http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201106/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf

26. Éducation thérapeutique du patient. Articles L. 1161-1, L. 1161-2, L. 1161-3, L. 1161-4, L. 1161-5, L. 1161-6 du Code de la santé publique,
27. Journal de l'Afdet - Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique - Septembre 2012
28. Article 60 du code de la santé publique
29. Kessler M, Frimat L, Panescu V, Briançon S. Impact of nephrology referral on early and mid-term outcomes. In: ESRD : Épidémiologie de l'Insuffisance rénale chronique terminale en Lorraine (EPIREL): Results of a 2-year prospective, community-based study. Am J Kidney Dis. 2003. p. 478-85 42).
30. Assurance maladie ; article publié le 8 janvier 2013 <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/vous-former-et-vous-informer/prevention-prise-en-charge-par-l-assurance-maladie/prevenir-la-iatrogenie-medicamenteuse.php>
31. Bégaud B. et al, Does age increase the risk of adverse drug reaction? Br. J. Clin. Pharmacol ; 2002; 54 : 548-552.
32. Bégaud B. et al, Does age increase the risk of adverse drug reaction? Br. J. Clin. Pharmacol ; 2002; 54 : 548-552.
33. The role of specialists in managing the health of populations with chronic illness: the example of chronic kidney disease *BMJ* 2009; 339 doi: (Published 8 July 2009).Cite this as: *BMJ* 2009;339:b2395
34. HAS 2005, DREAM: l'efficacité de la visite de pairs pour améliorer les pratiques, Amélioration du dépistage et de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique chez le patient à risque (DT2 et/ou hypertendu).http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/philippe_de_chazournes_et_bruno_bourgeon_diapo_reunion.pdf
35. Peut-on favoriser et évaluer l'observance thérapeutique ? Marie-Noelle Hilleret, Jean-Pierre Zarski , Clinique universitaire d'hépatogastroentérologie, pôle Digidune, CHU A.-Michallon, Grenoble, BP 217, 38043 Grenoble cedex 09, France, Centre de recherche Inserm/UJF U823 IAPC, Institut Albert-Bonniot, Domaine de la Merci, 38706 La Tronche cedex, France.

36. Rothman AA, Wagner EH: Chronic illness management: what is the role of primary care? *Ann Intern Med* 2003, 138(3):256-261.
37. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Vranizan K, Stewart AL: Primary care and receipt of preventive services. *J Gen Intern Med* 1996, 11(5):269-276.
38. Starfield B: Primary care. Oxford University Press edition. New York; 1992.

Annexes

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Introduction :

- Ce travail de thèse a pour but de discuter de la maladie rénale chronique en soins primaires.
- En pratique, je vais vous présenter un cas clinique représentant un patient similaire à beaucoup de vos patients, puis je vous poserai quelques questions. L'entretien va être enregistré avec votre accord, l'anonymat est bien sûr la règle.
- Je vous adresserai aussitôt le verbatim.
- À la fin de ma thèse, je vous enverrai avec plaisir une copie de la thèse.
- Je vous remercie d'avoir accepté de m'accorder un peu de votre précieux temps.

Le patient :

Décembre 2012, M. P. patient que vous suivez depuis longtemps

70 ans, retraité, en surpoids: 1,65m pour 85kg

Antécédents:

DNID depuis l'âge de 45ans, sous Metformine 1000mg 3cp/j

HTA depuis l'âge de 50ans, sous Cardensiel 2.5mg, Amlor 10mg.

Consulte pour renouvellement de son traitement, il en profite pour vous remettre le bilan biologique que vous aviez demandé précédemment dans le cadre du suivi de son diabète.

Votre bilan biologique montre :

GB 8000, Hb 11g/dl, Plaquettes 200.000, HbA1c 7,5%

Créat 135 µmol/l, MDRD 46, Cockcroft 55

Les créatinémies précédentes:

Juillet 2012: créat 115 μ mol/l MDRD 55 Cockcroft 65

Janvier 2012: créat 100 μ mol/l MDRD 65 Cockcroft 74

Questionnaire :

1. Que pensez-vous de la fonction rénale de M. P. sur les trois bilans biologiques ?
2. Quelle serait votre prise en charge pour les trois dates ? Quel suivi proposeriez-vous ?
3. Que pensez-vous de l'évolution d'une maladie rénale chronique
4. Quelles sont vos compétences et formations dans ce domaine ?
5. Comment percevez-vous le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des patients en MRC ?
6. Sur quels critères orientez-vous les patients présentant une MRC vers le néphrologue ?
7. Quelles sont vos attentes envers le néphrologue ?
8. Quelles sont pour vous les difficultés à la prise en charge de la MRC ?
9. Quels seraient vos besoins pour surmonter ces difficultés?

Conclusion : Quels seraient selon vous la prise en charge et le parcours de soins idéaux du patient en MRC ?

Question subsidiaire : L'entretien est terminé, une dernière question : qu'avez-vous pensé de l'entretien ?

ANNEXE 2 : Parcours de soins du patient en MRC, recommandations

HAS 2012

Suivi minimal de la MRC AVANT épuration extra-rénale (EER) et en l'absence de complication ou de facteurs de progression rapide

	Stades 1, 2 et 3A (DFG ¹ ≥ 45)	Stade 3B (DFG ¹ entre 30 et 44)	Stade 4 (DFG ¹ entre 15 et 29)	Stade 5 avant EER (DFG ¹ < 15)
Suivi médical et fréquence de consultation	MG au moins 1/an	MG : au moins 1/6 mois Néphrologue au moins 1/an	MG au moins 1/3 mois Néphrologue au moins 1/6 mois	MG au moins 1/mois Néphrologue au moins 1/3 mois
Évaluation clinique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Implication du patient dans sa prise en charge : adoption mesures d'autosurveillance, de néphroprotection, sevrage tabagique, suivi des mesures hygiéno-diététiques : activité physique, alimentation (apports énergétiques, sel, apports protéiques, apports liquidiens) ■ Marqueurs cliniques : poids (IMC), pression artérielle, diurèse, signes de rétention hydro-sodée, de déshydratation extra-cellulaire, troubles mictionnels ■ Traitements : efficacité (atteinte des objectifs), observance, tolérance, automédication ■ Qualité de vie, humeur (dépression) 			
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dépister les complications ■ Dépister et prendre en charge les facteurs aggravants potentiellement réversibles ■ Appliquer les mesures de protection du capital vasculaire 			
	■ Préparer l'EER, un an avant le début prévisible de l'EER ²			
Suivi complémentaire	Selon besoin : cardiologue, diabétologue, diététicien, infirmier, psychologue, tabacologue, soutien médico-social			
Examens biologiques et fréquence				
EAL ³ , glycémie (chez non-diabétique)	1/an			
Ag Hbs (non vacciné) Ac anti-Hbs (vacciné) ⁴	-	1/3 ans	1/an	1/an
Créatininémie	1/an	1/6 mois	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois
Albuminurie	1/an	1/6 mois	tous les 3 à 6 mois	selon néphrologue
Na ⁺ , chlore, K ⁺ , HCO ₃ ⁻ , calcium, phosphore	-	tous les 6 à 12 mois	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois
Hémogramme avec compte réticulocytes	-	tous les 6 à 12 mois	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois
⁵ Ferritine sérique, fer sérique et transferrine (calcul du coefficient de saturation de la transferrine)	-	tous les 6 à 12 mois	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois
Albuminémie	-	1/an	1/6 mois	1/6 mois
25-OH-vitD	1/an, en l'absence de carence			
Parathormone	-	selon la concentration initiale et la progression	1/6 mois	tous les 3 à 6 mois
Phosphatase alcaline	-	-	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois
Urémie	-	-	-	tous les 1 à 3 mois

¹ DFG en ml/min/1,73 m². ² Lorsqu'un traitement de suppléance est envisagé. ³ EAL exploration des anomalies lipidiques. ⁴ Cible Ac anti-Hbs > 10. ⁵ Conditions de prélèvement : les marqueurs du métabolisme du fer doivent être prélevés à distance d'une inflammation aiguë ; en cas de dosages répétés, il est préférable de les réaliser dans le même laboratoire ; le fer sérique et la transferrine doivent être prélevés.

ANNEXE 3 : VERBATIM

Document joint